

### Psychische Störungen als Produkt psychosozialer Ursachen: eine Aufforderung zur Fortführung der störungstheoretischen Diskussion

Zygowski, Hans

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zygowski, H. (1990). Psychische Störungen als Produkt psychosozialer Ursachen: eine Aufforderung zur Fortführung der störungstheoretischen Diskussion. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(2/3), 7-26. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266076>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## THEMATISCHE BEITRÄGE

### PSYCHISCHE STÖRUNGEN ALS PRODUKT PSYCHOSOZIALER URSACHEN EINE AUFFORDERUNG ZUR FORTFÜHRUNG DER STÖRUNGSTHEORETISCHEN DISKUSSION

**Hans Zykowski**

Im folgenden sollen die Grundlagen eines psychosozialen Modells psychischer Störungen auf der Ebene eines modelltheoretischen Entwurfs zusammenfassend vermittelt werden. Das Modell psychosozialer Verursachung wendet sich dabei in erster Linie gegen die störungstheoretischen Unzulänglichkeiten herkömmlicher Modelle der Erklärung psychischer Störungen, die in einer neuen 'Schneidung' der Modelltypen vorab dargestellt und kritisch kommentiert werden. Eine ausführliche Ausarbeitung findet sich in ZYGOWSKI (1989a).

#### Das medizinische Modell

Im Gefolge von KUHN (1967) ist es auch in der psychiatrie- bzw. störungstheoretischen Diskussion üblich geworden, die traditionell dominierende medizinische Form der Erklärung und Behandlung psychischer Störungen modelltheoretisch zu einem "medizinischen Paradigma", also einer allseits verpflichtenden wissenschaftlichen Leitkonzeption zu erheben, dem ein "sozialwissenschaftliches Modell" gegenübergestellt wird (vgl. v. KARDORFF 1978). Dieses medizinische Paradigma ist charakterisiert durch die Transformation psychischer Störungen in medizinisch zu diagnostizierende und zu behandelnde psychische "Krankheiten". Im Rückgriff vor allem auf das subsumtionslogische Klassifikationsverfahren E. KRAEPELINS (1856-1926) wird die Vielfalt psychopathologischer Erscheinungsbilder analog zur Körpermedizin zu einem nosologischen System disparater psychischer Krankheitseinheiten zusammengefaßt, das im Sinne einer "Diskontinuitätsannahme" eine eindeutige Unterscheidung zwischen Normalität und psychischem Gestörtsein erlauben soll. Die Ursache des psychischen Gestörtseins wird an zentralnervösen, vorzugsweise stoffwechselbedingten, also biologischen Dysfunktionen festgemacht und gilt als mit Hilfe naturwissenschaftlicher Forschungsmethoden potentiell eindeutig aufklärbar. Die in der Regel gleicharti-

ge phänomenale Konstellation der Krankheitserscheinungen wird nicht für die Krankheit selbst genommen, sondern die "Krankheitssymptome" sind auf ihr organisches Substrat als 'eigentlicher' psychischer Krankheit zurückzuführen. Entsprechend haben Diagnose und Therapie, die in der Logik des medizinischen Paradigmas zwingend geboten und an ärztliche Interventionsträger (oder unter ihrer Verantwortung Tätige) gebunden sind, in den Fällen, in denen 'Änderungsoptimismus' besteht, diesen "pathologischen Kern" selbst anzugreifen (durch Psychopharmaka, Elektroschocks oder Psychochirurgie), um ein Wiederaufleben der Symptome zu verhindern. In den häufig vermuteten Fällen genetischer Verursachung ist eine Überweisung in eine psychiatrische Verwahr- und Pflegeeinrichtung vorzunehmen. Als Objekt der diagnostischen und therapeutischen Bemühungen ist der hilfsbedürftige "Patient" gesetzt, der für seine psychische Krankheit nicht verantwortlich zu machen, seinen alltäglichen Rollenverpflichtungen weitgehend zu entbinden und zu bemitleiden ist. Er ist in seiner Ganzheit von der jeweiligen psychischen Krankheit betroffen, d. h. er hat keine Psychose oder Neurose, sondern ist Psychotiker oder Neurotiker.

Im Anschluß an Th. SZASZ' einflußreichen Aufsatz "The Myth of Mental Illness" (1960) wurde die unzureichende theoretische Begründung und empirische Bestätigung des medizinischen Paradigmas, seine individualisierende, ideologische und mythenbildende Funktion deutlich herausgestellt. Es wurde betont, daß Krankheiten nur den Körper affizieren, der Begriff der "psychischen Krankheit" entsprechend eine präskriptive soziale Kategorie sei, die subtile gesellschaftliche Kontrollinteressen transportiere und die Lebensprobleme der Menschen - eigentliche Ursache psychischer Störungen - nur in mythisch-metaphorischer Form aufnehme. In der "Individualisierung, Neutralisierung und Medikalisierung von gesellschaftlichen Strukturproblemen" (TIMM 1980, 210) verschwinde der gesellschaftliche Ursprung psychischer Störungen; vom lebensgeschichtlich begründeten Verhältnis des Individuums zu seinen sozialen Lebensbedingungen werde reifizierend und ontologisierend abstrahiert. Entgegen dem naturwissenschaftlichen Objektivitätsideal tragen psychiatrische Diagnosen pejorativ-wertende Züge und sind im Zuge einer "Legifizierung des Psychischen" (WULFF 1988, 30) zunehmend Ergebnis einer Abstimmung von Interessen. Selbst psychiatrieintern ist die fehlende Validität, Reliabilität und Objektivität psychopathologischer Diagnosen durchaus erkannt. Die von SCHNEIDER und RUFF (1985, 239) gezogene Schlußfolgerung ist so noch heute gültig: "...nach einer Vielzahl somatogener Hypothesen, ihrer Kombination und Modifikation, hunderten von Untersuchungen und einem ausschließlich negativen Befund, wissen wir mit der Sicherheit der

Anzahl ihrer gescheiterten Beweise, was 'Geisteskrankheit' nicht ist."

#### Das sozialwissenschaftliche Modell als unzulängliche Alternative

Ein alternativ zum medizinischen Paradigma postuliertes sozialwissenschaftliches Störungsmodell konnte die theoretische und praktische Hegemonie des medizinischen Störungsverständnisses nicht brechen. Einerseits wurde nur am Rande berücksichtigt, daß die alltägliche Dominanz des medizinischen Modells nicht seiner theoretischen Überlegenheit zuzurechnen ist, sondern professionalistischer und gesundheitspolitischer Interessenlagen und Zwecksetzungen, die zu ihrer Durchsetzung auch ein obsoletes Störungsmodell zu immunisieren bzw. durch 'Anreicherung' mit soziologischen und psychologischen Variablen zu 'modernisieren' wußten. In dieser Hinsicht verlief die Modelldiskussion akademisch, idealistisch und praxisfern. Andererseits ließ der Eifer im Entwerfen eines gesellschaftlich reflektierten Störungsmodells in dem Maße nach, wie sich seine Vertreter zum Zugpferd praktischer Reformvorhaben machten, wenn diese auch in keiner Weise störungstheoretischen Vorgaben folgten, sondern eine Modernisierung, Therapeutisierung, Institutionalisierung und Ökonomisierung der Psychiatrie bewirkten. Das sozialwissenschaftliche Störungsmodell blieb entsprechend unentwickelt, begrifflich vage und praktisch so unergiebig, daß es sich zur theoretischen Begründung auch alternativer reformleitender Handlungskonzepte kaum anbot. Darüber hinaus geriet auch das sozialwissenschaftliche Modell schon frühzeitig in den Sog berufsständisch-disziplinärer Interessenpolitik. Mit seiner Vereinnahmung durch interaktionistische, lerntheoretische, psychoanalytische, systemtheoretische, gemeindepsychiatrische, psychosoziale und andere Richtungen (vgl. HÜRMANN 1985) verlor es den letzten Rest von theoretischer Einheitlichkeit, so daß - und diese Konsequenz soll nachfolgend ausgeführt werden - wissenschaftlicher Fortschritt am ehesten davon zu erwarten ist, auf die Typisierung eines einheitlichen "sozialwissenschaftlichen Modells" zu verzichten und die unter diesem Label zusammengefaßten abweichungstheoretischen, psychotherapeutischen, soziogenetisch-politischen und psychosozialen Ansätze getrennt aufzunehmen.

## Das abweichungstheoretische Modell

Der entschiedensten Kritik sah sich das medizinische Paradigma von den weniger einheitlichen abweichungstheoretischen Modellbildungen ausgesetzt (LEMERT 1951; 1967, BECKER 1963, SCHEFF 1973, SCHUR 1973 u. a.; vgl. KEUPP 1972; 1976). Psychische Störungen gelten dem "labeling approach" als abweichendes Verhalten, das auf soziale, interaktiv und symbolisch vermittelte Zuschreibungsprozesse zurückzuführen ist. Die Annahme einer "sozialen Reaktion", durch die abweichendes Verhalten identifiziert, etikettiert und stigmatisiert wird, widerspricht der im medizinischen Modell behaupteten Faktizität von Faktoren und Prozessen innerhalb der Person und stellt auf die Verletzung sozialer Normen und Regeln ab. Dabei wird durchaus in Rechnung gestellt, daß nicht jede empirisch zu konstatierende Regelverletzung der Devianzzuschreibung unterliegt, sondern daß es als geübte subkulturelle Praxis gilt, eventuell nur vorübergehend und amorph auftretendes Verhalten auf 'alltäglichem Wege' zu reintegrieren, ohne den mit der Produktion einer Abweichung endenden Weg sozialer Zuschreibung zu beschreiben. Die Fixierung dieser "primären Abweichung" (LEMERT 1951) bzw. "residualen Verhaltensabweichung" (SCHEFF 1973) zu einer "sekundären Abweichung" (LEMERT) bzw. "abweichenden Rolle" (SCHEFF) macht den eigentlichen Prozeß der Devianzproduktion aus. Diese Akzentuierung und Verfestigung zunächst nur zufälliger Abweichungen hat im Fall psychischer Auffälligkeiten nicht nur weitreichende Folgen für Identität und Selbstdefinition des betroffenen Individuums, sondern zeitigt zugleich seinen "Krankenstatus", nachfolgend eine "Patientenkarriere" mit "Hospitalismus-Phänomenen" bzw. einen "chronischen" Ausgang. Da potentiell jede Auffälligkeit der Etikettierung als "psychisch krank" verfallen kann, ist die Diskontinuitätsannahme des medizinischen Paradigmas nicht aufrechtzuhalten; d. h. die Grenzen zwischen "gesund" und "krank" werden fließend. Bezüglich professioneller Interventionen gilt im abweichungstheoretischen Störungsmodell, daß der Prozeß der Krankheitskarriere insbesondere durch die Wirkung psychiatrischer Diagnosen inganggesetzt und durch jede weitere therapeutische Intervention nur noch dynamisiert wird. Da durch professionelle Interventionen so ein nicht-durchschaubarer *circulus vitiosus* aus 'hilfreicher' Intervention, dadurch bewirkter iatrogener Störungsverfestigung, intensivierten therapeutischen 'Besserungsversuchen' usw. geschlossen wird, ist jede Form diagnostischer und therapeutischer Intervention abzulehnen und auf eine Nicht-Stigmatisierung psychischer Auffälligkeiten hinzuwirken.

Die störungstheoretisch positive Funktion des abweichungstheoretischen Modells liegt zweifelsohne in seiner Zurückweisung der für das medizinische Modell charakteristischen individualsystematischen, ontologisch-biologischen und gesellschaftlichen Erklärung psychischer Störungen. Neben Mängeln im Niveau der systematischen Explikation und den damit verbundenen Unschärfen konzeptueller Schlüsselbegriffe ("primäre Abweichung", "gesellschaftliche Reaktion" u. a.) ist in erster Linie kritisch auf das einseitig "normativistische" Verständnis gesellschaftlicher Störungsproduktion zu verweisen. Die Störungsgenese wird interaktionistisch reduziert auf Prozesse sozialer Zuschreibung und Normierung, ohne die Bedeutung belastender materieller Lebensbedingungen anzuerkennen. "Von Interesse sind nicht wirkliche Ursachen psychischer Störungen oder das Unvermögen von Menschen, sich in einer gegebenen gesellschaftlichen Umwelt einzurichten, sondern allein die Stigmatisierungspotenz verschiedener Wörter in einem historischen Ablauf" (GLEISS 1975, 37). In seiner "mikrosozialen Gebundenheit" (FERCHHOFF & PETERS 1981, 57) weist das abweichungstheoretische Modell "makrostrukturellen Bedingungen" (ebd.) nur eine untergeordnete Bedeutung zu. In extremer Vernachlässigung der 'Subjektseite' gerät das Individuum, dessen soziale Konformität sich plötzlich als Garant psychischer Gesundheit darstellt, aufgrund der modellspezifischen Betonung der 'Reaktionsseite' in die Position eines Opfers bzw. "Reaktionsdeppen" (v. TROTHA 1977). Warum auf bestimmte primäre Abweichungen, deren Quellen oder sinnhafte Bedeutung im dunkeln bleiben, so entschiedene gesellschaftliche Reaktionen erfolgen, andere jedoch keinen Anlaß für korrigierende Maßnahmen abgeben, bleibt ebenfalls unhinterfragt (KEUPP 1976).

#### Das psychotherapeutische Modell

Obwohl psychotherapeutische Formen der Intervention und Behandlung psychischer Störungen nicht selten dem medizinischen Paradigma subsumiert werden - und dies nicht zuletzt aufgrund der Schwierigkeiten einer eindeutigen modelltheoretischen Zuordnung der psychoanalytischen Störungstheorie - ergibt eine systematische Analyse ihres spezifischen Begründungszusammenhangs und ihrer zentralen Charakteristika die Notwendigkeit, die etablierte Modellkontroverse um ein eigenständiges "psychotherapeutisches Modell" zu erweitern. Allen psychotherapeutischen Verfahren gemeinsam und erstes wie kardinales Merkmal des psychotherapeutischen Modells ist die psychogenetische Erklärung psychischer Störungen im Sinne einer Psychologisierung ihrer Entstehungsursachen und Behandlungsmöglich-

keiten. Das psychotherapeutische Modell teilt mit dem medizinischen Modell die Individualisierung des vorgetragenen Problems, d. h. die Störungsursachen werden weiterhin im Individuum vermutet. Die psychotherapeutische Zurückweisung gesellschaftlicher Störungsursachen beruft sich jedoch nicht auf die Wirkung krankhafter Organprozesse als Substrat der äußeren Symptome, sondern postuliert im Sinne einer nun psychologischen Individualsystematik psychologische Mängel, Schwächen und Defizite. So greift die Psychoanalyse zur Störungserklärung auf frühkindliche Anomalien der Libidoentwicklung zurück, analysiert die Verhaltenstherapie fehlgelaufene Konditionierungsprozesse oder stabilisierte irrationale Gedanken und behaupten Therapieverfahren humanistischer Prägung Blockierungen individueller Wachstums- und Selbstverwirklichungskräfte. Auch die in den Gruppen-, Paar- und Familientherapien angestrebte Einbeziehung überindividueller Phänomene bricht die Psychologisierung nicht, sondern bereichert sie um die Variante des Soziopsychologismus (HÖRMANN 1975).

Im Zuge fortschreitender fachwissenschaftlicher Kontrolle durch die klinische Psychologie erhielt das psychotherapeutische Modell zum zweiten eine ausgeprägt technische Gestalt. Der instrumentellen Verfaßtheit der empiristischen Variablenpsychologie folgend wird die Gesellschaftlichkeit individueller Subjektivität auf ein komplexes Gefüge empirisch zu registrierender und technisch zu modifizierender individueller Variablen reduziert. Individuelle Subjektivität wird parzelliert in die Individualitätsdimensionen Kognitionen, Verhalten, Gefühle, Körper und Spiritualität, deren Modifikation nach Regeln einer offenen oder verborgenen Zweck-Mittel-Logik zum entscheidenden Anliegen der diversen psychotherapeutischen Richtungen wird. So bemühen sich im Schwerpunkt die behavioristischen Verhaltenstherapien um eine Neukonditionierung des Verhaltens, die Tiefenpsychologien und die kognitiven Verhaltenstherapien um eine Manipulation der Kognitionen, die humanistischen Therapieverfahren um eine Aktivierung der Gefühle, die Körpertherapien um eine Vitalisierung des Körpers und die esoterisch-transpersonalen Methoden um die Transzendierung des Selbst (vgl. ZYGOWSKI 1988). In dem Maße, wie die wissenschaftliche Legitimation psychotherapeutischer Verfahren schwerfällt, verfiel die in der klinischen Psychologie dominierende technische Orientierung einer therapeutischen "Haltung", die sich einerseits eklektisch unterschiedlicher Therapietechniken bedient, andererseits die technische Qualität therapeutischen Handelns genauso leugnet wie die gesellschaftlichen Implikate psychotherapeutischer Praxis, d. h. die Förderung privater Selbstveränderung und die Ausbildung einer selbstregulativen "psychosozialen Infrastruktur" (MUTZ 1983).

Die Klientelisierung als drittes Charakteristikum des psychotherapeutischen Modells ersetzt den in eine passive Krankenrolle gedrängten "Patienten" des medizinischen Modells durch den ratsuchenden "Klienten", auf dessen Motivation, Mitarbeit und Mitverantwortung in einem "therapeutischen Arbeitsbündnis" Wert gelegt wird. Die traditionell hierarchische Arzt-Patient-Beziehung soll über eine weitgehende Offenlegung des therapeutischen Prozesses - der vor allem in der transparent strukturierten Verhaltenstherapie erreicht ist - und über die Beteiligung des Klienten an der Therapiezielbestimmung als "kooperative Psychotherapie" (FIEDLER 1981) abgebaut werden. Dieser Statuszuwachs des "Klienten" gegenüber dem "Patienten" wird allerdings mit der Errichtung einer nun weniger offensichtlichen Machtposition des Therapeuten erkaufte. Therapeutische Macht als Festlegung des therapeutischen Settings, der angewandten Methode, der therapieformgerechten Neudefinition des Problems oder als Strategie direkter oder subtiler Beeinflussung ist für alle therapeutischen Schulen gleichermaßen feststellbar, selbst für die auf ihre "Nicht-Direktivität" Wert legende "klientenzentrierte Psychotherapie". Der von v. KARDOFF (1986, 123) so genannte "Weg von der unauffälligen 'Normalperson' zum Klienten" schließt darüber hinaus eine Enttätlichung des vorgetragenen Problems, d. h. seine Herauslösung aus psychosozialen Zusammenhängen genauso ein wie die Vermittlung einer expertenzentriertechnischen Lösungsperspektive. Zwar wurden im Zuge der "Entgrenzung" (HELLERICH 1985) therapeutischer Strategien auch zunehmend sog. Unterschichtangehörige in das Modell der psychologischen Therapeutisierung einbezogen, doch bleibt weiterhin der sog. Mittelschichtklient der typische Adressat psychotherapeutischer Angebote. In diesem Sinne läßt sich als modellgemäßer psychotherapeutischer Ort nicht die psychiatrische Station oder der "soziale Brennpunkt" bestimmen, sondern das Behandlungszimmer der Privatpraxis.

Als viertes und letztes Modellmerkmal ist die Klinikifizierung des Problems bzw. seines Trägers zu nennen. Es ist insofern zwiespältig, als es nicht der immanenten Logik des Störungsmodells, sondern den Strategien seiner professionellen bzw. institutionellen Durchsetzung entspringt. So hatte L.J. PONGRATZ als ein führender Vertreter der klinischen Hochschulpsychologie durchaus erkannt, daß ein Störungsmodell, dem es nicht auf "Krankenheilung", sondern Renormalisierung abweichenden Verhaltens, Beseitigung von Verhaltensstörungen oder Persönlichkeitsänderung ankommt, einer zum medizinischen Modell konträren Perspektive verpflichtet ist. Entsprechend empfand er das die gesamte Anwendungsdisziplin charakterisierende Attribut "klinisch" auch durchaus als "problematisch"



(PONGRATZ 1973, 20). Diese anfangs vertretene Professionalisierungsstrategie der Abgrenzung zum medizinischen Modell bzw. zur ärztlichen Praxis ließ sich jedoch nicht aufrechterhalten. Da angesichts der ärztlichen Obermacht im "Gesundheits"wesen medizinische Definitionen und Behandlungsformen weiterhin bestimmend sind und auch die Krankenkassen nur zu einer Finanzierung von Psychotherapie als "Heilkunde" bereit sind, beteiligt sich auch der therapeutisch tätige Psychologe als "klinischer Psychologe" zunehmend an der Verkränkung psychischer Störungen. In fachpolitischen Professionalisierungsanstrengungen legt der klinische Psychologe Wert auf seine Anerkennung als "Heilberuf", fordert die Finanzierung seiner Tätigkeit durch die Krankenkassen, unterwirft sich vor allem bei der Gutachtenerstellung und der Kooperation mit Ärzten der medizinischen Krankheitsterminologie und besteht immer weniger auf dem "Klienten"-Status seiner Adressaten. Der jüngste "Fortschritt" in der Entwicklung der Klinifizierung zur berufsoportunistischen Medizinisierung der klinischen Psychologie als "Gesundheitswissenschaft" (vgl. ZYGOWSKI 1989b) ist dem Schwerpunktbeitrag im Organ des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) zu entnehmen, der sich zustimmend der Frage widmet: "Sollten auch Psychologen Medikamente verschreiben dürfen? (FOX 1988).

#### Das soziogenetisch-politische Modell

Zu einem soziogenetisch-politischen Störungsmodell lassen sich die Erklärungsansätze zusammenfassen, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen direkt sozioökonomische Faktoren und Prozesse verantwortlich machen und entsprechend die politisch-revolutionäre Einflußnahme auf die kapitalistischen Produktionsverhältnisse als eigentliche und ursachenbezogene Form der Aufhebung psychischer Störungen propagieren. Zwar wird im Unterschied zum abweichungstheoretischen Modell die Soziogenese psychischer Störungen nicht interaktionistisch auf die Wirkung sozialer Definitionsprozesse zurückgeschraubt, doch tragen beide Ansätze ebenfalls anti-interventionistische und anti-institutionelle Züge. Zudem weisen sowohl die Stigmatisierungs- wie die soziogenetisch-politischen Modelle eine Zuwendung zu "abweichenden" bzw. marginalisierten sozialen Gruppen auf. Theoretischer Hintergrund ist hier für die soziogenetisch-politischen Ansätze die vor allem von der kritischen Theorie entwickelte Randgruppentheorie, die der Arbeiterklasse als gesellschaftsverändernder Kraft eine Absage erteilt und "nicht-integrierte" Randständigengruppen als revolutionäres Subjekt setzt (so vor allem MARCUSE 1967).

Versuche einer Umsetzung soziogenetisch-politischer Konzepte finden sich u. a. in einzelnen "radikaltherapeutischen" Strömungen in den USA (vgl. HELLERICH 1980), verschiedenen Varianten feministischer Psychotherapie (z. B. Frauentherapiezentrum München 1983) und radikaleren Versionen der englischen und italienischen Antipsychiatrie (vgl. BOPP 1980), die psychische Störungen als verzweifelte Befreiungsversuche, d. h. als restringierte Form des Aufbegehrens gegen gesellschaftliche Oppression und Entfremdung deuten und zu einer Identifikation von Therapie und Politik neigen.

Für die BRD läßt sich der soziogenetisch-politische Ansatz am signifikantesten der politischen Krankheitslehre des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg (SPK) entnehmen. Das SPK entwickelte sich zu Beginn der 70er Jahre im wesentlichen als Patienten-Selbstorganisation aus Strömungen des antiautoritären Protests und bezog sein Selbstverständnis aus Theorietraditionen der dialektischen Philosophie (G.W.F. HEGEL), der Marx'schen Gesellschaftstheorie, der psychoanalytischen Linken (W. REICH) sowie der kritischen Theorie (H. MARCUSE). Krankheit als "Protest und gleichzeitig Hemmung des Protests, in sich gebrochenes Leben, ohnmächtiger Aufschrei" (SPK 1972b, 312) bzw. als "die Form, unter der 'Leben' im Kapitalismus allein möglich ist" (SPK 1972a, 15) wurde in eine direkte Beziehung zum kapitalistischen Produktionsprozeß gestellt. Entsprechend sind die Kranken "an sich und als bewußt Leidende für sich die revolutionäre Klasse" (SPK 1972b, 332). Therapie, die von politischer Agitation nicht getrennt wird, verläuft in kollektiver Form über die Stufen "gehemmter Protest", "bewußter Protest", "kollektives Bewußtsein" und "solidarischer Kampf" und schließt Einzel- und Gruppenagitationen sowie wissenschaftliche Arbeitskreise ein. Nach dem Konzept des "multi-fokalen Expansionismus" soll der Patient zum Brennpunkt gesellschaftlicher Widersprüche und zum Herd revolutionären Bewußtseins und revolutionärer Aktivität werden.

Das soziogenetische SPK-Modell einer Identifikation von Therapie und Politik konnte nicht allein aufgrund der heftigen Reaktionen von Staat und Psychiatrie-Establishment seine Ansprüche nicht einlösen. Die erhoffte Transformation von Gesellschaftskritik in therapeutische Methode verfiel einer nicht reflektierten "Parapraxis" (SPAZIER & BOPP 1975), über deren Schwierigkeiten das SPK kaum berichtete (vgl. BOPP 1980). Nicht selten mußte so auf etablierte psychoanalytische Therapiemuster zurückgegriffen werden. Die Identifikation der Patienten mit der für gesellschaftliche Veränderung designierten politischen Kraft war im doppelten Sinne widersprüchlich und fatal: Zum einen wurde

in idealistischer Manier das Leiden und die Bewußtseinslage der Patienten zum entscheidenden Klassenkriterium erhoben, zum anderen wurde mit den psychisch Leidenden einer gesellschaftlichen Gruppe die Aufgabe revolutionärer Umwälzung übertragen, die ihr vielleicht am wenigsten nachkommen kann. Zwar wirft die Methode des "multi-fokalen Expansionismus" einen Blick auch auf die "am Wohnort, in der Familie und am Arbeitsplatz zum Ausdruck kommenden" (SPK 1972a, 44) gesellschaftlichen Widersprüche, ohne sie in dieser Erscheinungsform jedoch zum Gegenstand der Veränderung machen zu wollen, was zu einer eindeutigen Trennung von Therapie und Politik, wie sie dem Modell psychosozialer Belastung zugrundeliegt, führen müßte.

#### Multifaktorielle Störungsmodelle

Neben aktuellen Bestrebungen, durch die experimentelle Prüfung explizit neurophysiologisch-biochemischer Hypothesen das Modell einer "biologischen Psychiatrie" zu bekräftigen, läßt sich ein modelltheoretischer Trend zur Formulierung sog. multifaktorieller Störungsmodelle feststellen. Sie versprechen, durch die Zusammenführung biologischer, psychologischer und soziologischer Variablen die "Einseitigkeit" herkömmlicher Störungsmodelle zu überwinden und so der postulierten "biopsychosozialen" Qualität psychischer Störungen gerecht zu werden.

Schon die 1975 der Bundesregierung vorgelegte Psychiatrie-Enquete (Bericht 1975) empfahl die Vermittlung "psychosozialen Grundlagenwissens" (ebd., 15), verwies auf soziale und psychologische Faktoren, die neben biologischen den Charakter vieler psychischer Krankheiten "mitbestimmen" (ebd., 17) und registrierte ein beachtliches Defizit vor allem in der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Bei genauerer Betrachtung sind allerdings Zweifel hinsichtlich des modellreformierten Kurses der Psychiatrie-Enquete angebracht. Es spricht vieles dafür, daß es sich eher um ein modernisiertes, d. h. psychologische und soziologische Variablen adaptierendes medizinisches Modell handelt, das keine "systematische, analytische Erfassung der gesellschaftlichen Dimension psychischer Krankheit versucht" (WAMBACH & HELLERICH 1980, 218). Weder der medizinische Terminus der "psychischen Krankheit" noch das Klassifikationssystem der Psychopathologie werden angezweifelt. Explizit wird sogar vor einer "Unterbewertung der ... biologischen Dimension" (Bericht 1975, 318) gewarnt. Auch dem Einsatz von Psychopharmaka wird letztlich "blindes Lob gezollt" (WAMBACH & HELLERICH 1980, 216).

Auch elaborierte "multifaktorielle Störungsmodelle", die ihre Integrationsleistung eingehender zu begründen suchen als das in seiner Reflexivität eingeschränkte Enquête-Modell, sind in ihrer integrativen Potenz und ihrem Vermögen einer angemessenen Berücksichtigung relevanter Verursachungsfaktoren begrenzt. Sie entspringen nicht selten einer vorgängig postulierten Integrationsnotwendigkeit, die sich wiederum auf zeitgenössische soziokulturelle und wissenschaftstheoretische Trends (z. B. Ganzheitlichkeitsdenken, Systemphilosophie u. a.) beruft oder auch nur modellstrategischen Bedürfnissen einer breiteren Legitimierung des traditionell favorisierten Störungsmodells (i.d.R. des medizinischen Modells) entspringt. In den vorliegenden multifaktoriellen Modellansätzen fehlt eine umfassende und systematische Begründung der für die Störungsgenese verantwortlich zu machenden Wirkfaktoren und zugleich eine Bestimmung ihres jeweiligen Stellenwertes - die Gleichrangigkeit der Faktorenberücksichtigung kann hier kein angemessenes Kriterium sein - in einem multifaktoriellen Design. So bleibt der Stellenwert der jeweils einbezogenen Faktoren im dunkeln, verwirklicht sich der integrative Anspruch ohne Konsequenzen für die Forschungs- und Interventionspraxis zumeist nur im Begrifflichen und findet letztlich nur eine Variation medizinischen Modelldenkens statt.

Selbst das aufgrund höher gesteckter Ansprüche an eine angemessene Faktorenintegration, vor allem der Einbeziehung auch psychosozialer und gesundheitspolitischer Gesichtspunkte ebenfalls zustimmend aufgenommene "biopsychosoziale Störungs- und Karrieremodell" von FORSTER und PELIKAN (1977) ist in seiner theoretischen Leistungsfähigkeit begrenzt. Zwar ist dem Modell keine implizite Modernisierung medizinischen Modelldenkens vorzuwerfen, doch kann es ebenfalls keine ausgearbeitete Theorie psychischer Störungen auf multifaktorieller Grundlage anbieten. Es handelt sich so im strengen Sinne weniger um ein multikonditionales Modell der Entstehung und 'Behandlung' psychischer Störungen als der Determinanten ihres Verlaufs.

#### Grundlagen eines psychosozialen Störungsmodells

Auf der modelltheoretischen Ebene eines programmatischen Entwurfs sollen nun die zentralen Grundlagen eines psychosozialen Modells psychischer Störungen zusammenfassend dargestellt werden.

Im Zuge klinisch-psychologischer, soziologischer und gemeindepsychiatrischer Konzeptbildungen fand die Kennzeichnung "psychosozial" unterschiedliche, z. T. auch nur modische Verwendungen. Psychosozialen Konzepten gemeinsam ist jedoch der Versuch einer Abkehr von individualsystematischen Bestimmungen psychischer Störungen durch Verweis auf ihre Abhängigkeit von belastenden sozialen Lebensbedingungen. Gleichwohl blieb die jeweils aufgezeigte Beziehung zwischen "psychischen" und "sozialen Variablen" in unterschiedlichem Maße unzulänglich bzw. theoriebedürftig. So registrierte die sozialepidemiologische Forschung zwar korrelative Zusammenhänge zwischen Variablen der sozialen Lebenssituation und Art und Ausmaß psychischer Störungen, blieb jedoch weitgehend den psychopathologischen Klassifikationen des medizinischen Modells verpflichtet. konzeptuell und methodisch angreifbar und in der Interpretation der Ergebnisse notwendig unsicher. Vergleichbare Bedenken sind gegen streßtheoretische Belastungskonzepte, wie sie z. B. in der life event-Forschung Verwendung finden, zu erheben. Sie sind gekennzeichnet durch den Verzicht auf eine gesellschaftstheoretische Aufschlüsselung der fragmentierend und psychologisch aufgelisteten "Belastungsfaktoren" und eine Tendenz zur Anpassung des Individuums an seine neue Belastungssituation. Schließlich finden sich im Konzept der "Gemeinde" - psychosoziale Zentralkategorie der bundesdeutschen Psychiatriereform - kaum Anstrengungen, ihre einerseits romantisierende Verklärung zum autonomen Ort unmittelbar Gemeinschaftlichkeit sowie ihre andererseits verwaltungstechnische Reduzierung auf einen administrativen Bezirk zu überwinden.

Gegenüber derartigen in ihrer gesellschaftlichen Reflexion reduzierten Konzepten zielt das Modell psychosozialer Belastung auf eine Erklärung psychischer Störungen aus dem widersprüchlichen Verhältnis zwischen gesellschaftlicher Objektivität und individueller Subjektivität, das für Gesellschaften charakteristisch ist, deren Konstituierung und Reproduktion nicht dem Grundsatz größtmöglicher Befriedigung individueller oder gemeinschaftlicher Bedürfnisse und Interessen verpflichtet ist, sondern den Anforderungen und Zwängen der Verwertung von Kapital bzw. ihr zuzuordnenden alltagsweltlichen Beschränkungen.

In dieser Form die gesellschaftliche Vermittlung psychischer Störungen herauszustellen, heißt, das Individuum nicht länger als "reine Subjektivität" zu betrachten, deren Bestimmungen durch individualisierende Psychologien oder Psychopathologien aufzuschließen sind, sondern in seiner Persönlichkeit als "lebendiges System von gesellschaftlichen Verhältnissen zwischen den Verhaltensweisen" (SEVE 1972, 194) anzuerkennen. Dabei wird Gesellschaft ihren Mitglie-

dern nicht als fremde und unabhängige Form aufgeherrscht, sondern die Individuen vollziehen über den Weg ihrer eigenen Reproduktion auch die Reproduktion der gesellschaftlichen Verhältnisse. Diese "Dialektik von Verhältnissen und Verhalten" (OTTOMEYER 1980, 164) weist nun aber jenen "Überhang an Objektivität" (REICHELT 1970, 17) auf, der eine gleichgewichtige Konstitution verhindert und das Individuum in ein widersprüchliches und konfligierendes Verhältnis zur gesellschaftlichen Objektivität zwingt. Diese für kapitalistische Gesellschaftsformen charakteristische "Herrschaft der Verhältnisse über das Verhalten" ist nicht empiristisch als eine allein in den äußeren Lebensbedingungen angesiedelte "Belastungskonstellation" zu verstehen, sondern sie realisiert sich - und dies zu betonen ist das besondere Anliegen des psychosozialen Störungsmodells - innerhalb der Individuen selbst.

Zur kategorialen Bestimmung dieses in die Person eingelassenen Widerspruchsverhältnisse soll auf die von Marx eingeführten Kategorien der "Charaktermaske" und des "persönlichen Individuums" zurückgegriffen werden. Die Charaktermaske als "Personifikation der ökonomischen Verhältnisse" (MARX 1969) erfaßt die Bestimmung individueller Subjektivität unter dem Blickwinkel ihrer ökonomischen Formbestimmung und der persönlichen Repräsentanz der ökonomischen Verhältnisse. Ihr gegenüber ist das persönliche Individuum als "sinnliches" und "bedürftiges" Individuum gestellt, dessen subjektiv-individuelle Bedürfnisse, Strebungen, Interessen und Zwecke jedoch nicht dazu verführen dürfen, seine Bestimmung auf der ungesellschaftlichen Ebene einer triebtheoretischen "Naturlehre" oder "speziellen Psychologie" anzusiedeln. Auch das persönliche Individuum als homo psychologicus ist gesellschaftliches Produkt. Ein der Theorie der Charaktermaske vergleichbarer theoretischer bzw. konstitutionslogischer Status kommt der von SEVE (1972) eingeführten Kategorie der Individualitätsform zu, die nicht nur den terminologischen Vorteil genießt, nicht "charakterpsychologisch" oder metaphorisch mißverständlich zu sein, sondern als "historisch gewordene, objektiv vorgegebene Anforderungsstrukturen" (TATSCHMURAT 1983, 97) eindeutiger über den engeren Bereich der materiellen Produktion hinaus Geltung zu beanspruchen. Die Theorien der Charaktermaske und der Individualitätsform haben somit Gültigkeit nicht nur für die produktive Sphäre der Gesellschaft, sondern thematisieren im Sinne einer "gegliederten Charaktermaske" (OTTOMEYER) die gesellschaftlichen Anforderungen unterschiedlicher Lebensbereiche.

Widersprüche zwischen und innerhalb dieser Sphären bewirken dabei "tendenziell eine Überlastung der individuellen Identität" (OTTOMEYER 1980, 166), wodurch die Individuen genötigt sind, "ihre fragile Identität durch diese widersprüchlichen Sphären hindurch (zu) erhalten" (ebd.).

Als psychosoziale Kompetenz soll die Fähigkeit des Individuums bezeichnet werden, die Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Interessen mit den Anforderungen der Individualitätsformen zu vermitteln. Hier ist allerdings als erschwerend zu berücksichtigen, daß für kapitalistische Gesellschaften eine beständige Unterordnung individueller Bedürfnisbefriedigung unter die Dominanz ökonomischer Rationalität kennzeichnend ist, die persönlichen Bedürfnisse selbst von gesellschaftlicher Formgebung nicht unabhängig sind und die weitgehend sozialisationsvermittelte psychosoziale Kompetenz nur bedingt in der Lage ist, Anforderungen der Individualitätsformen zu antizipieren. Am Beispiel der sozialen Lebenssituation von Industriearbeiterinnen läßt sich die Komplexität eines "mehrwertigen" psychosozialen Belastungsgefüges anschaulich demonstrieren. Psychosoziale Belastungen resultieren dabei aus den widersprüchlichen Anforderungen von Fabrikarbeit und Hausfrauentätigkeit (produktive und reproduktive Individualitätsform), den internen Widersprüchen von Beruf (z. B. Identifikation vs. Gültigkeit) und Familie (z. B. familiäre vs. persönliche Interessen) und den Bestrebungen, den Anforderungen beider Lebensbereiche wie den eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Entscheidend für die Ausbildung psychischer Störungen ist nun nicht allein das Ausmaß der äußeren psychosozialen Belastungen als Produkt widersprüchlicher sozialer Lebensbedingungen, sondern die Form der subjektiven Verarbeitung dieser Widersprüche, die sich im Individuum als psychosoziale Ambivalenzen abbilden. Psychische Störungen sind in diesem Sinne das Ergebnis einer nicht gelingenden psychosozialen Bewältigung bzw. Abwehr der divergierenden Ansprüche eines mehrwertigen Widerspruchsfeldes, das sich konstituiert aus den diversen Widersprüchen zwischen Individualitätsform und persönlichem Individuum und den ihnen zuzuordnenden psychosozialen Ambivalenzen. Im Unterschied zu den psychoanalytisch definierten "Abwehrmechanismen" sind Prozesse psychosozialer Abwehr aber nicht Produkt eines Ambivalenzkonflikts zwischen Es- und Ich-Bedürfnissen, sondern des widersprüchlichen Gegenüber von gesellschaftlichen Anforderungen und persönlichen Bedürfnissen. Sie lassen an die Stelle einer praktischen Auseinandersetzung mit psychosozialen Belastungen den Einsatz unbewußter Strategien der Anpassung, Verdrängung und der Vereinfachung der Widerspruchskonstellation treten.

Es lassen sich im wesentlichen vier psychosoziale Abwehrprozesse unterscheiden:

1. Die Verleugnung psychosozialer Widersprüche und Ambivalenzen: Das Individuum ignoriert widersprüchliche Zusammenhänge und bemüht sich um die subjektive Versöhnung divergierender Realitäten bzw. die Harmonisierung psychosozialer Konflikte. 'Mehrwertige' Widerspruchsverhältnisse werden reduziert und vereinseitigt, etwaig registrierte Widerspruchskonstellationen umdefiniert und in Kompromißbildungen geglättet. Selbsttäuschungen, Mystifizierungen und Personalisierungen vermindern den Realitätsbezug; durch Phantasietätigkeit und Tagträumen hilft sich das Individuum über die belastende Realität hinweg.
2. Gleichgültigkeit und Resignation: Gleichgültigkeit kann den Selbstschutzzinteressen des Individuums dienen, indem es versucht, im Sinne einer "inneren Emigration" eine persönlich-affektive Beziehung zur belastenden Wirklichkeit aufzugeben. Passive Anpassung und Sich-Abfinden lassen die psychosozialen Konflikte jedoch ungelöst und weiten die Gleichgültigkeit zu Resignation und Apathie aus. Auch die häufig registrierte Arbeitszufriedenheit selbst unter belastenden Arbeitsbedingungen kann in diesem Sinne als psychosozialer Abwehrprozeß verstanden werden.
3. Die Unterwerfung unter die Individualitätsform: Hier ist das Individuum bestrebt, widerspruchsinduzierten Belastungen in der Form zu begegnen, daß es den Ansprüchen der Individualitätsform vor den Interessen und Bedürfnissen des persönlichen Individuums, die ignoriert, relativiert oder in den Dienst der Individualitätsform gestellt werden, den Vorrang gibt. Überforderungen werden geleugnet, eigene Lebensansprüche eingeschränkt und in den Dienst der "Identifikation mit der Rolle" (PARIN 1977) gestellt.
4. Die Mißachtung der Individualitätsform: Die beharrliche Nicht-Beachtung gesellschaftlicher Ansprüche zugunsten persongebundener Befriedigungswünsche stößt vor allem in der beruflichen Sphäre auf immanente Schranken und ist deshalb als Abwehrprozeß von geringerer Bedeutung. Die dauerhafte Mißachtung der gesellschaftlich auferlegten "Funktionen" und Verpflichtungen bedeutet einerseits eine permanente existentielle Bedrohung und treibt andererseits in die soziale Marginalisierung bzw. die Position eines Außenseiters, Querulanten o. ä.



Die dem Modell psychosozialer Belastung zugeordnete Form der professionellen Unterstützung bei der Bewältigung psychosozialer Widersprüche und Ambivalenzen soll als psychosoziale Beratung definiert werden. Sie ist nicht als "Therapie" im Sinne einer Beseitigung organismischer Krankheitsursachen oder psychologisch definierter Defizite zu verstehen, hält gegenüber den "Non-intervention"-Konzepten des labeling approach an der Notwendigkeit professioneller Einflußnahme fest und unterscheidet sich von den politischen Strategien des soziogenetisch-politischen Modells durch ihren expliziten Störungs- und Personenbezug. In der Vielfalt der disziplinären Verwendungen von Beratung definiert sich psychosoziale Beratung insbesondere gegen Konzepte "psychologischer Beratung", die weitgehend der Logik des psychotherapeutischen Modells unterliegen. Sie nimmt vielmehr Bezug auf sozialpädagogische Beratungsansätze, die das Individuum aus seiner sozialen Lebenssituation heraus zu verstehen suchen und Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe (BAUERLE 1969) geben wollen.

In spezifischerem Sinne ist psychosoziale Beratung auf die Ausbildung oder Erweiterung psychosozialer Kompetenz gerichtet, die als Einheit von psychosozialer Reflexität und Handlungsfertigkeit zu verstehen ist.

Psychosoziale Reflexität meint die Fähigkeit, zwischen den Anforderungen der Individualitätsform und den Bedürfnissen und Interessen des persönlichen Individuums zu unterscheiden sowie psychosoziale Widersprüche und Ambivalenzen zu identifizieren, in ihrer Bedeutung und biographischen Vermittlung aufzuschließen und auf Veränderbarkeit zu prüfen. Psychosoziale Beratung bedient sich hier vorrangig der Bearbeitung psychosozialer Abwehrprozesse, aber auch der Vermittlung von Flexibilität, Handlungsvariabilität, Balanceökonomie, reflexiver Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz, Perspektivwechsel und Konfliktfähigkeit.

Unter psychosozialer Handlungsfertigkeit sollen die zur praktischen Bewältigung psychosozialer Belastungen erforderlichen Verhaltensstrategien zusammengefaßt werden. Nach der notwendigen psychosozialen Rekonzeptualisierung kann psychosoziale Beratung hier zurückgreifen auf Konzepte individueller und sozialer Bewältigung, die auf die Vermittlung grundlegender alltagspraktischer Fertigkeiten zur selbständigen Lebensführung, sozialer und kommunikativer Kompetenzen, Konfliktstrategien, die Nutzung alltagsweltlicher Netzwerke und sozialer Unterstützungssysteme, materieller, sozialer und personeller Ressourcen ausgerichtet sind und die Aneignung des erworbenen Verhaltensrepertoires durch Übung und Training festigen, alltagsnah erproben und begleiten.

LITERATUR:

BAUERLE, W., 1969: Der Begriff der "Beratung" in der Jugendhilfe. Neues Beginnen, 5, 162-168

BECKER, H.S., 1963: Outsiders. Studies in the sociology of deviance. New York: Free Press

Bundestags-Drucksache 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. 7/4200. Bonn-Bad Godesberg

BOPP, J., 1980: Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt: Syndikat

FERCHHOFF, W. / PETERS, F., 1981: Die Produktion abweichenden Verhaltens. Zur Rekonstruktion und Kritik des Labeling Approach. Bielefeld: AJZ

FIEDLER, P.A. (Hg.), 1981: Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie. Weinheim: Edition Psychologie VCH

FORSTER, R. / PELIKAN, J.M., 1977: Krankheit als Karriereprozeß - Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 3/4, 29-42

FOX, R.E., 1988: Sollten auch Psychologen Medikamente verschreiben dürfen? Implikationen für die psychologische Praxis. Report Psychologie, 9, 9-18

Frauentherapie - Zentrum München, 1983: Feministische Therapie - Statt "Krankheitsbegriff" Kritik am weiblichen Gesundheitsbegriff: Worunter leiden Frauen eigentlich? In: PEYTON, Ch. / HOLEWA, M. (Hg.): Psychosoziale Versorgung von Frauen. Berlin/W.: Hofgarten Verlag, 198-231

GLEISS, I., 1975: Der konservative Gehalt der Anti-Psychiatrie. Das Argument 89, 31-51

HELLERICH, G., 1980: Radikale Therapie und Enttherapeutisierung: Alternative Bewegungen in den USA? In: WAMBACH, M.M. (Hg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp, 313-340

HELLERICH, G., 1985: Die Entgrenzung der Therapie und die Ausbreitung der Therapeuten: Erweiterung von Kontrolle oder Hilfe? In: KÖRNER, W. / ZYGOWSKI, H. (Hg.): Psychotherapie in der Sackgasse. Tübingen: DGVT, 23-33

HÖRMANN, G., 1975: Gruppendynamik und Gruppenideologien. Zur Kritik des Soziopsychologismus. Phil. Diss., Univ. Münster

HÖRMANN, G., 1985: Die zweite Sozialisation. Psychische Behinderung und Rehabilitation in Familie, Schule und Beruf. Opladen: Westdeutscher Verlag

KARDOFF, E. v., 1978: Modellvorstellungen über psychische Störungen: Gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme. In: KEUPP, H. / ZAUMSEIL, M. (Hg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Frankfurt: Suhrkamp, 539-589

- KARDOFF, E. v., 1986: Klienten. In: REXILIUS, G. / GRUBITZSCH, S. (Hg.): Psychologie. Theorien-Methoden-Arbeitsfelder. Reinbek: Rowohlt, 121-143
- KEUPP, H., 1972: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. München: Urban & Schwarzenberg
- KEUPP, H., 1976: Abweichung und Alltagsroutine: Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis. Hamburg: Hoffmann und Campe
- KUHN, T.S., 1967: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt: Suhrkamp
- LEMERT, E.M., 1951: Social pathology: A systematic approach to the theory of sociopathic behavior. New York: McGraw-Hill
- LEMERT, E.M., 1967: Human deviance, social problems and social control. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- MARCUSE, H., 1967: Der eindimensionale Mensch. Studien zur Ideologie der fortgeschrittenen Industriegesellschaft. Neuwied: Luchterhand
- MARX, K. (1867), 1969: Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie, Bd. 1, MEW Bd. 23. Berlin/DDR: Dietz
- MUTZ, G., 1983: Sozialpolitik als soziale Kontrolle am Beispiel der psychosozialen Versorgung. München: Profil
- OTTOMEYER, K., 1980: Gesellschaftstheorien in der Sozialisationsforschung. In: HURRELMANN, K. / ULICH, D (Hg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz, 161-193
- PARIN, P., 1977: Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. Psyche, 6, 481-515
- PONGRATZ, L.J., 1973: Lehrbuch der Klinischen Psychologie: Psychologische Grundlagen der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- REICHEL, H., 1970: Zur logischen Struktur des Kapitalbegriffs bei Karl Marx. Frankfurt: EVA
- SCHEFF, Th.J., 1973: Das Etikett Geisteskrankheit. Frankfurt: Fischer
- SCHNEIDER, P.K. / RUFF, E., 1985: Der begriffene Wahnsinn. Ein kognitives Modell zur Aufklärung und Therapie des psychotischen Verhaltens. Frankfurt: Campus
- SCHUR, E.M., 1973: Radical nonintervention. Rethinking the delinquency problem. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- SEVE, L., 1972: Marxismus und Theorie der Persönlichkeit. Frankfurt: Marxistische Blätter
- Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg (SPK), 1972(a): Aus der Krankheit eine Waffe machen. München: Trikont
- Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg (SPK), 1972(b): Zur Dialektik von Krankheit und Revolution. In: GENTE, H.P. (Hg.): Marxismus, Psychoanalyse, Sexpol, Bd.2. Frankfurt: Fischer, 311-341

- SPAZIER, D. / BOPP, J., 1975: Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis. Frankfurt: Suhrkamp
- SZASZ, Th.S., 1960: The myth of mental illness. The American Psychologist, 15, 113-118
- TATSCHMURAT, C., 1983: Beruf als Medium gesellschaftlicher Teilhabe. In: BOLTE, K.M. / TREUTNER, E. (Hg.): Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie. Frankfurt: Campus, 84-109
- TIMM, W., 1980: Ansätze für ein "soziales Gesundheitswesen". Neue Praxis, 10, 208-224
- TROTHA, T. v., 1977: Ethnomethodologie und abweichendes Verhalten. Anmerkungen zum Konzept des "Reaktionsdeppens". Kriminologisches Journal, 2, 98-115
- WAMBACH, M.M. / HELLERICH, G., 1980: Therapie-Reform als Versorgungsreform? Positionen der Psychiatrie-Enquête. In: WAMBACH, M.M. (Hg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp, 200-228
- WULFF, E., 1988: Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? In: PFÄFFLIN, F. u. a. (Hg.): Der Mensch in der Psychiatrie. Berlin/W.: Springer, 23-33
- ZYGOWSKI, H., 1988: Psychotherapie. In: HÖRMANN, G. / NESTMANN, F. (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention. Opladen: Westdeutscher Verlag, 128-139
- ZYGOWSKI, H., 1989(a): Grundlagen psychosozialer Beratung. Ein modelltheoretischer Entwurf zur Neubestimmung psychischer Störungen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- ZYGOWSKI, H., 1989(b): Medizinisierung als professionelle Strategie. Entwicklungstendenzen im Psycho-Sektor. Widersprüche, 30, 31-37

Dr. Hans Zykowski  
AG: Diagnose und Beratung  
Fakultät für Pädagogik  
Universität Bielefeld  
Postfach 8640  
4800 Bielefeld 1